

**AL DIRETTORE GENERALE**

A.O. S. MARIA DI TERNI

PEC: aospterni@postacert.umbria.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AVVISO INTERNO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCARICO DI ALTISSIMA PROFESSIONALITA' QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA DI STRUTTURA COMPLESSA (IPAPSC)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_

Dirigente Medico in servizio c/o \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare all'Avviso per Manifestazione d'interesse di seguito indicato:

N.	DIPARTIMENTO	STRUTTURA DI AFFERENZA	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE INCARICO
1	<b>EMERGENZA ED ACCETTAZIONE</b>	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	<b>IPAPSC</b>	<i>GESTIONE DEL PAZIENTE CARDIOPATICO IN TERAPIA INTENSIVA</i>
2	<b>MATERO INFANTILE</b>	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	<b>IPAPSC</b>	ENDOSCOPIA GINECOLOGICA
3	<b>NEUROSCIENZE</b>	OCULISTICA	<b>IPAPSC</b>	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA E DEL PERCORSO DAMA-CHIRURGIA RETINICA E GLAUCOMA
4	<b>DIAGNOSTICA</b>	IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONALE	<b>IPAPSC</b>	GESTIONE AMBULATORIALE TRASFUSIONALE DEL PAZIENTE EMATOLOGICO NON ONCOLOGICO

**ALLEGATI:**

- CURRICULUM PROFESSIONALE

- OGNI TITOLO, ATTO A DIMOSTRARE LA CAPACITÀ PROFESSIONALE E L'ESPERIENZA ACQUISITA IN PRECEDENTI INCARICHI SVOLTI (ANCHE IN ALTRE AZIENDE O ENTI) O LE ESPERIENZE DI STUDIO E RICERCA EFFETTUATE, IN RELAZIONE ALL'INCARICO DA AFFIDARE;

-DOCUMENTO D'IDENTITA'

Terni, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_